DISSERTATION

N° 259.

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT LA GROSSESSE
ET LORS DE L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 décembre 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR GEORGE CURSHAM,

Membre du Collége royal des Chirurgiens de Londres.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BEAU-FRÈRE,

CHARLES PHILLIPS,

M. B. de l'Université de Cambridge.

Témoignage d'amitié.

G. CURSHAM.

DISSERTATION

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SURVIENNENT PENDANT LA GROSSESSE ET LORS DE L'ACCOUCHEMENT.

On donne le nom de *perte utérine* à un écoulement sanguin qui se fait à l'intérieur des organes génitaux de la femme, et qui est assez abondant pour troubler sa santé.

Cette maladie peut se manifester à toutes les époques de la gestation ; mais on l'observe plus fréquemment dans le premier et le dernier tiers que vers le milieu de cette fonction. Pour en comprendre le mécanisme, il me paraît utile d'indiquer en peu de mots les changemens qui s'opèrent dans la matrice après la fécondation.

Changemens de l'utérus pendant la grossesse.

Dès que l'ovule est arrivé dans la cavité utérine, cet organe devient le siége d'une congestion, d'une accumulation de fluides qui en modifient toutes les propriétés et la structure. Au lieu de rester

aplati et triangulaire, il devient peu à peu plus arrondi, s'agrandit surtout dans son diamètre antéro-postérieur, et finit par représenter un ovoïde dont le sommet regarde en bas. De deux pouces et demi que présente son diamètre vertical dans l'état de vacuité, il passe par degrés à la longueur d'environ un pied. Son col s'abaisse d'abord pendant les deux premiers mois, se relève ensuite, et finit par se porter jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral dans quelques cas. Pendant que cet abaissement et cette élévation s'opèrent, la direction de l'organe change également. Dans le principe, son fond semble se déjeter un peu en arrière, tandis que, plus tard, il s'incline, au contraire, plus ou moins en avant. Le museau de tanche se porte à gauche, en même temps que le fond s'incline à droite. Jusqu'au troisième mois, l'utérus reste entièrement caché dans l'excavation pelvienne ; mais, au commencement du quatrième, chez les femmes magres et dont les parois abdominales sont souples, on peut le sentir au-dessus du détroit supérieur. A quatre mois révolus, il est à deux travers de doigts au-dessus des pubis ; dans le cinquième mois, il s'élève jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic, qu'il atteint ou dépasse même dans le courant du sixième ; dans le septième, il arrive à deux travers de doigts au-dessus, et gagne quelquefois le commencement de la région épigastrique ; dans le huitième, il occupe presque en entier ce dernier point du ventre, s'élève encore dans la première quinzaine du neuvième, mais semble redescendre un peu aux approches du terme de l'accouchement.

La matrice n'éprouve point ces divers changemens sans que son tissu n'en subisse à son tour de plus ou moins marqués. Sa structure se dessine ; les fibres qui le constituent, de nature douteuse quand la femme n'est pas enceinte, acquièrent peu à peu tous les caractères du tissu musculaire ; elles rougissent, deviennent molles, comme cotonneuses, forment bientôt différens plans, ou des couches qu'on peut isoler par la dissection ; ses vaisseaux lymphatiques et ses nerfs grossissent, et deviennent évidens ; ses artères, qui dans l'état naturel sont plissées sur elles-mêmes et à peine perméables,

s'allongent, s'élargissent; leurs zigzags s'effacent par degrés, et, dès le milieu de la grossesse, elles ne forment plus que des anses plus ou moins larges, qui résultent de l'union des artères du côté droit avec celles du côté gauche, et qui sillonnent le tissu charnu dans toutes les directions; ses veines acquièrent surtout un volume considérable, se transforment en larges canaux coniques, dont la base est tournée du côté de la cavité de l'organe, tandis que leur sommet se dirige vers les branches hypogastriques : ce sont ces veines dilatées qu'*Astruc* a décrites sous le titre de *sinus veineux* ou de *sinus utérins*. Enfin le tissu cellulaire qui réunit ces diverses parties se modifie de la même manière : il perd sa densité; ses mailles s'imbibent de fluides, et semblent, à une époque un peu avancée de la gestation, constituer une sorte d'éponge, dans laquelle se trouvent épanouis tous les autres tissus.

Si on examine l'utérus vers la fin de la grossesse, au lieu de trouver ses parois amincies, comme l'ont cru la plupart des anciens, tels que *Galien*, *Paul d'Égine*, *Mauriceau*, etc., on trouve qu'elles sont, au contraire, un peu plus épaisses que dans l'état de vacuité. Toutefois leur épaisseur n'est pas la même dans toute leur étendue; c'est au fond ou vers le point qui correspond à l'attache du placenta qu'elle est le plus marquée, et c'est vers le col seulement qu'elle a réellement diminué. Pour se faire une idée de cette particularité, il suffit de se rappeler qu'en se déplissant, les fibres, les artères, les veines, et les autres élémens constituans de la matrice, se laissent écarter par l'accumulation des fluides, et que la nutrition de l'organe dans son ensemble est considérablement augmentée.

Il m'a semblé nécessaire de rappeler ces modifications, afin de mieux faire comprendre ce que j'ai à dire des hémorrhagies utérines.

Division des pertes utérines.

Le sang peut s'écouler de la matrice sans qu'il y ait, à proprement parler, hémorrhagie; ainsi les menstrues ne prennent point

ce titre ; lorsque le travail de l'accouchement a lieu, il s'échappe ordinairement un peu de fluide sanguin avec les glaires ; il s'en échappe encore, et en plus grande quantité, un peu avant et immédiatement après la sortie de l'enfant, sans que cela puisse porter le nom de *perte*. Pour qu'il y ait hémorrhagie, il faut donc que le sang coule en assez grande quantité pour compromettre plus ou moins gravement la santé de la femme. Ces hémorrhagies peuvent avoir lieu hors le temps de la grossesse, comme pendant le cours de cette fonction, chez toutes les femmes, à tout âge, et dans toutes les conditions de la vie sociale ; cependant on les rencontre plus souvent après la puberté, dans les classes élevées et chez les femmes enceintes que dans les circonstances opposées.

Je n'ai l'intention de m'occuper dans cette dissertation que de l'hémorrhagie qui survient pendant la grossesse. Les pertes utérines, dans cet état, ont été divisées en *internes* et en *externes :* dans les premières, le sang ne se montre point à l'extérieur, et reste renfermé dans la matrice ; dans les secondes, au contraire, il s'échappe de la vulve à mesure que les vaisseaux le versent dans l'utérus, et c'est pour cette raison qu'on lui a donné le nom d'*apparente*, tandis que l'autre a été qualifiée de *latente* ou de *cachée*. Je diviserai en outre l'hémorrhagie utérine des femmes enceintes en celle des six premiers mois de la grossesse et celle des trois derniers.

Pertes utérines qui arrivent dans la première moitié de la gestation.

Cette hémorrhagie me paraît être la plus fréquente, et si des auteurs ont pensé le contraire, cela tient probablement à ce que, dans les deux premiers mois, la plupart des femmes n'y font que peu d'attention, et prennent souvent une hémorrhagie réelle pour une réapparition des menstrues. C'est à cette époque, en effet, que l'habitude du flux cataménial a le plus d'influence sur les fonctions de l'utérus, devenu d'ailleurs le siége d'une congestion nécessaire. On conçoit qu'avec une telle disposition les moindres causes pourront déterminer

l'irruption du sang à l'intérieur de la matrice, et faire naître une perte. A mesure que la grossesse avance, au contraire, l'organisme est de moins en moins facile à influencer par l'action des mêmes causes, et les hémorrhagies doivent, par cela même, devenir de plus en plus rares ; mais comme, quand elles arrivent, leur abondance est ordinairement plus grande, elles attirent plus vivement l'attention, et de cette manière peuvent en imposer sur leur fréquence relative.

Causes.

Les causes de l'hémorrhagie utérine sont de deux sortes; les unes portent le nom de *prédisposantes* et les autres celui d'*occasionnelles* : on admet encore des causes efficientes.

Causes prédisposantes. Elles dépendent tantôt de la femme, tantôt de l'œuf. Du côté de la femme, une constitution robuste et sanguine ou nerveuse et délicate, la jeunesse, un régime de vie succulent, l'habitude des alimens excitans, du café, des liqueurs alcoholiques; la tristesse, les passions concentrées, l'habitation dans les pays montagneux, dans les contrées chaudes et sèches ; les travaux pénibles de la campagne, des maladies chroniques de différens organes, et en particulier des organes génitaux, telles que des adhérences contre-nature de l'utérus, des ovaires, des trompes; des déviations de ces diverses parties, des squirrhosités, des dégénérescences de tout genre, etc., etc.

Du côté de l'œuf, toutes ses maladies, soit qu'elles portent sur les membranes, le placenta, le cordon ombilical, l'eau de l'amnios ou le fœtus lui-même, attendu que ces diverses lésions, en déterminant la mort de l'embryon, transforment l'œuf en une sorte de corps étranger qui finit par produire dans l'utérus une irritation morbide. Il faut ajouter que les changemens organiques qui s'opèrent dans le système sexuel de la femme pendant la grossesse, que la congestion sanguine qui en est la suite ou la cause, que la grossesse, en un mot, forment la principale cause prédisposante de l'hémorrhagie utérine.

Deux autres causes prédisposantes doivent encore être mentionnées ici. L'une dépend d'une sorte d'habitude; il suffit, en effet, que la femme ait déjà été prise de perte dans ses grossesses antérieures pour qu'elle ait à la redouter encore par la suite, et on ne manque pas d'exemples de personnes qui en sont constamment affectées quand elles deviennent enceintes. L'autre tient aux périodes menstruelles : chez les femmes dont le flux périodique est ordinairement très-abondant et accompagné de symptômes sympathiques et évidens, on remarque plus souvent l'hémorrhagie en question que chez celles qui se trouvent dans des conditions opposées.

Causes occasionnelles. Celles-ci sont extrêmement nombreuses, et ne peuvent guère être séparées des causes de l'avortement : aussi madame *Lachapelle* a-t-elle cru devoir traiter dans le même chapitre de ces deux accidens. Tout ce qui peut déterminer la mort du fœtus ou une congestion dans l'utérus, imprimer une secousse quelconque à ce dernier organe et troubler les fonctions de la femme, doit être considéré comme cause occasionnelle des pertes. Ainsi, les coups portés sur l'abdomen, les chutes sur les pieds, les genoux ou le siége ; les grands mouvemens des membres, le cahotement d'une voiture, le saut, la danse, un exercice violent quelconque, un effort pour supporter ou soulever un fardeau, la toux, le vomissement, l'action d'aller à la garde-robe, les grands mouvemens respiratoires; toutes les émotions morales, la joie, la tristesse, les contrariétés, l'abus du coït, la fréquentation des bals, des spectacles; les veilles prolongées, les vêtemens trop serrés, l'emploi de certains médicamens, tels que les émétiques, les vomitifs et les drastiques; une maladie aiguë du cerveau, des poumons ou de quelque autre organe que ce soit, mais surtout celles de la matrice et de ses dépendances; des manœuvres criminelles exécutées dans le but de provoquer l'avortement, des saignées du pied, l'application de sangsues à la vulve; enfin il est peu de causes de maladies qui n'aient été rangées parmi les causes occasionnelles des pertes utérines; mais l'observation attentive des faits prouve que

la plupart de ces causes resteraient sans action s'il n'y avait pas une cause prédisposante antérieure, et cette cause prédisposante est, sans aucun doute, l'état de congestion où se trouve assez fréquemment la matrice, remplie par l'œuf. *Mauriceau*, qui a vu naître des hémorrhagies sous l'influence la plus légère, cite aussi des femmes qui ont commis toutes les imprudences imaginables et qui n'en ont point été affectées.

Causes efficientes. La cause efficiente des pertes a beaucoup occupé les accoucheurs ; depuis *Puzos* on l'a généralement placée dans le décollement du placenta, mais il est probable qu'à ce sujet on s'est trompé. M. *Velpeau* prétend que le décollement du placenta a été effet alors et non pas cause, ce qui, d'ailleurs, paraît être d'accord avec l'opinion professée par M. *Desormeaux*. Cet auteur, en effet, avance que la théorie de *Puzos* est trop mécanique, qu'elle ne peut être admise que pour un petit nombre de cas, et seulement quand le placenta a acquis une masse assez considérable pour recevoir d'une secousse ou d'un choc imprimés au corps de la femme une somme de mouvemens plus grande que celle transmise à la matrice elle-même ; dans ce cas, l'hémorrhagie n'est pas précédée de symptômes de congestion, suit incontinent l'action de sa cause, et n'est séparée que par l'intervalle nécessaire pour que le sang glisse sur la surface des membranes jusqu'à l'extérieur. Pour que le placenta fût décollé par suite de secousses ou de quelque grand mouvement, il faudrait supposer un vide entre les membranes, attendu, comme le dit M. *Velpeau*, que l'amnios, exactement rempli par son liquide et par le fœtus, remplit à son tour le chorion de la même manière, et que l'œuf est partout en contact avec l'intérieur de la matrice, d'où il suit que l'utérus et son contenu ne forment en quelque sorte qu'une masse inséparable tant que les tuniques de l'enfant ne sont pas rompues. Il paraît donc que dans les pertes le décollement du placenta n'est pas primitif ; ce n'est pas à dire, pour cela, que l'écoulement hémorrhagique puisse avoir lieu sans que le placenta se soit

préalablement décollé, mais bien seulement que c'est le fluide sanguin qui détermine ce décollement. M. *Lordat* d'abord, puis M. *Desormeaux*, madame *Lachapelle* et M. *Dugès*, ont admis que la cause efficiente des hémorrhagies dépend d'une congestion de l'utérus, d'une sorte de *molimen* semblable à celui dont *Stahl* et les animistes en général ont tant parlé. Dans cet état fluxionnaire, le sang tend à s'épancher dans la cavité de la matrice, fait continuellement effort pour se faire jour à l'extérieur, et y parvient quelquefois en effet, soit spontanément, soit sous l'influence d'une des causes occasionnelles indiquées plus haut; alors on conçoit parfaitement comment il arrive que chez certaines femmes les causes occasionnelles les plus légères produisent presque aussitôt une perte, tandis que chez d'autres il semble que rien ne puisse donner lieu aux mêmes accidens. On conçoit aussi comment le sang cherchant à soudre entre la matrice et l'œuf, l'hémorrhagie détermine presque nécessairement le décollement d'un point quelconque du placenta. M. *Dewees* croit que le décollement du placenta, et par suite l'hémorrhagie utérine sont dus à la contraction insensible de la matrice; mais cette idée serait tout au plus admissible dans les derniers temps de la grossesse. Quoi qu'il en soit, le sang, transsudant à la surface interne de l'utérus, s'en échappe, selon les uns, par de larges ouvertures, les orifices des sinus utérins, qui ont été rompus au moment où le placenta s'est décollé; selon d'autres, il est versé par les vaisseaux utéro-placentaires, également déchirés dans cette rupture. *Puzos*, *Baudelocque*, et la plupart des accoucheurs modernes, adoptent la première de ces deux manières de voir; M. *Dubois* et quelques autres admettent la seconde; M. *Velpeau* soutient, au contraire, qu'il sort tout simplement par des porosités, et que l'hémorrhagie utérine est en tout semblable à celle des autres organes tapissés par des membranes muqueuses; il se fonde sur ce que les vaisseaux utéro-placentaires n'existent pas, sur ce que les sinus utérins étant des veines, et reportant le sang vers les troncs au lieu de le conduire dans la matrice, ne peuvent pas être le siége de l'hémorrhagie, en admettant même qu'ils vinssent

s'ouvrir immédiatement à l'intérieur de la matrice ; cette opinion a d'ailleurs été défendue par *Pasta* et quelques autres auteurs.

Mécanisme de l'hémorrhagie. Dans la perte externe, le sang décolle l'œuf à mesure qu'il s'échappe de l'utérus, et se fraie graduellement une issue en se portant vers le col; dans la perte interne, ce fluide reste sur le point de l'œuf qu'il a décollé ; s'il s'accumule en certaine quantité, il détruit par degré les adhérences du placenta ou des membranes d'une manière excentrique. Cette espèce d'hémorrhagie, admise par *Mauriceau, de La Motte,* et presque tous les accoucheurs modernes, est assez difficile à comprendre. *Baudelocque* en relate à la vérité cinq à six exemples ; mais, comme le dit M. *Dubois*, il n'est pas sûr que le sang observé par cet auteur entre l'œuf et les parois de la matrice ait été, dans ces différens cas, la cause réelle de la mort, ni qu'il s'y soit accumulé pendant la vie. On trouve dans l'ouvrage du docteur *Merriman* une observation de M. *Saumarez*, qui prouve que le sang peut s'épancher entre le placenta et l'utérus, de manière à former aux dépens de l'œuf une espèce de cul-de-lampe, et en assez grande quantité pour produire la mort ; mais les observations de ce genre sont rares, et même dans celle-ci une petite quantité de sang s'était échappée à l'extérieur. Madame *Lachapelle*, madame *Boivin*, M. *Dugès* et M. *Velpeau*, semblent n'admettre l'hémorrhagie interne qu'avec de nombreuses restrictions. Il paraîtrait, en effet, qu'elle est moins fréquente qu'on ne l'a prétendu ; mais les faits rapportés par *Baudelocque*, *Merriman Dewees*, et d'autres, prouvent sans réplique qu'on aurait tort d'en nier l'existence. Sans doute que le sang, en faisant effort pour s'échapper à l'extérieur, ne manquera pas de déchirer le plus souvent les membranes, au lieu de distendre les parois de la matrice. On peut dire encore que chez les femmes fortes et sanguines la perte interne ne doit arriver que très-rarement au point de faire craindre pour leur vie, à moins qu'il ne se soit opéré une déchirure de l'œuf; mais enfin, en remarquant que l'eau de l'amnios ne remplit pas exactement les membranes, que

l'œuf, extrait de l'utérus et placé sur un plan horizontal, s'aplatit d'une manière incontestable sous l'influence de sa propre pesanteur, on conçoit sans trop de difficulté, il me semble, que le sang puisse le déprimer, se créer une sorte de poche ou d'excavation dans sa surface externe, et s'épancher en certaine quantité entre l'utérus et le placenta.

Signes. Les signes de l'hémorrhagie utérine sont de deux espèces ; les uns en annoncent l'apparition prochaine, et les autres l'existence actuelle. Quelquefois l'irruption du sang se fait tout à coup, et n'est précédée d'aucun symptôme précurseur ; mais le plus ordinairement, même quand elle vient à la suite de coups, de chutes, de secousses, ou de quelque autre cause occasionnelle évidente, la femme éprouve d'abord un malaise général, de la chaleur, de la sécheresse à la peau, une pesanteur dans le bassin, de la fatigue dans les lombes, une lassitude générale ; son pouls acquiert de la vitesse et de la dureté ; enfin, tous les symptômes du *molimen hæmorrhagicum* se manifestent, et peuvent persister pendant plusieurs jours avant la naissance de l'hémorrhagie.

Lorsque le sang coule, une première question se présente : il faut déterminer s'il dépend d'une véritable perte plutôt que de la menstruation. La plupart des auteurs ayant attaché une grande importance à cette distinction, il en est résulté qu'une foule de signes ont été indiqués pour l'établir. On a dit que l'écoulement menstruel n'est point accompagné de douleur ni de symptômes préliminaires ; que le sang en est fluide, séreux, non coagulable ; que le museau de tanche reste fermé, se ramollit à peine ; que l'écoulement procure plutôt un bien-être qu'il n'altère la santé de la femme ; enfin, que ce flux est peu abondant, et s'effectue aux époques qui correspondent à l'une des périodes menstruelles. Dans la perte, au contraire, il existe des douleurs, soit dans l'hypogastre, soit dans l'excavation pelvienne ; le sang sort en abondance, par caillots, est fibrineux et très-coagulable ; le col est mou, entr'ouvert, et l'état général de la femme ne ressemble

en rien à celui qui accompagne naturellement les règles. D'ailleurs, comme le remarque avec justesse M. *Desormeaux*, il paraît bien inutile d'insister sur ces distinctions, attendu que si l'hémorrhagie est assez légère pour qu'on puisse la confondre avec les menstrues, elle n'exige aucun traitement actif, et que les moyens qu'elle réclame alors seraient également applicables à une ménorrhagie un peu abondante. D'un autre côté, quand l'écoulement devient inquiétant, il n'est plus permis de s'y tromper, il n'a plus aucun rapport avec le flux menstruel naturel.

Dans la perte externe, la présence du sang seule suffit pour faire reconnaître immédiatement la maladie. Dans la perte interne, au contraire, il faut s'en rapporter aux symptômes que fait naître l'épanchement sanguin, et qui sont à peu près communs à toutes les espèces d'hémorrhagie : le pouls, d'abord dur, s'affaiblit peu à peu, devient irrégulier, tremblotant même; la figure perd de sa couleur, et toute la surface du corps de sa chaleur; il survient des tiraillemens d'estomac, des envies de bâiller; les membres se tirent, s'allongent; la femme exécute des pandiculations; les battemens du cœur deviennent tumultueux; les yeux perdent de leur éclat, ne distinguent plus avec la même netteté les différens objets; il se manifeste des éblouissemens, des bourdonnemens, des tintemens d'oreilles, une tendance au sommeil, une envie de dormir presque insurmontable, un sentiment de besoin tout particulier et presque caractéristique; enfin des nausées, des vomissemens, des lipothymies, des syncopes, des convulsions, la perte de la connaissance et même la mort. Dans l'hémorrhagie interne, ces symptômes sont accompagnés d'un développement plus ou moins rapide du ventre; la matrice cède à l'épanchement sanguin, s'agrandit, et peut, dit-on, acquérir un volume énorme.

Prognostic. Les dangers qu'entraîne l'hémorrhagie, pendant la première moitié de la grossesse, varient selon une infinité de circonstances, selon la constitution et les habitudes de la femme, selon l'a-

bondance de la perte, selon l'époque plus ou moins avancée de cette période, et aussi selon l'habileté de la personne qui donne des soins à la femme. Ces dangers doivent être aussi considérés selon qu'ils se rapportent à la femme elle-même ou bien à son fruit. Généralement, cette espèce d'hémorrhagie, qu'elle soit interne ou externe, entraîne la mort du fœtus, parce qu'elle est ordinairement un des signes qui annoncent avec le plus de certitude l'avortement, si elle ne tient pas à une maladie de l'utérus; elle peut épuiser les forces de la femme, être suivie d'infiltration des membres, d'anémie, de maladies lentes, d'hydropisie, par exemple; mais il est rare qu'elle occasionne la mort. Quelques femmes peuvent perdre une quantité énorme de sang sans en être sensiblement incommodées, tandis que d'autres sont rendues très-malades par la soustraction d'une quantité beaucoup moindre de ce fluide. Cette remarque même ne doit pas être oubliée du praticien; car, chez une femme forte, robuste, que l'écoulement sanguin semble soulager, on ne doit pas s'empresser d'agir: la maladie est, en quelque sorte, son propre remède; tandis que chez celles qui sont faibles et délicates, il faut ne pas perdre un instant. Par elle-même, l'hémorrhagie interne n'est pas plus grave que l'hémorrhagie externe; mais comme on ne la reconnaît en général qu'assez tard, elle finit par amener des accidens plus redoutables. Dans le commencement de la grossesse, dès qu'elle est un peu abondante, l'avortement doit presque nécessairement s'ensuivre: en effet, l'œuf n'ayant encore qu'une existence très-frêle, perd bientôt ses rapports avec la cavité qui le renferme; l'embryon meurt, et le tout ne forme bientôt plus qu'une sorte de corps étranger, dont l'organisme ne tarde pas à se débarrasser. Après le troisième ou le quatrième mois, au contraire, si la congestion utérine n'est pas trop forte, si la perte n'est pas considérable, on peut espérer de la suspendre sans empêcher la gestation de suivre son cours, ainsi que *Mauriceau*, *de La Motte*, *Kok*, *Gallandat*, *Denmann*, M. *Desormeaux* et madame *Lachapelle* en citent des exemples. Lorsque l'œuf est encore peu développé, l'hémorrhagie interne peut se présenter sous une forme particulière, et que

les auteurs ont à peine signalée : la membrane caduque s'imbibe du sang qui s'écoule; l'amnios se déchire, et son liquide s'échappe au-dehors; le sang se mêle aux membranes, il en résulte des couches stratifiées, et le tout ne forme bientôt plus qu'une masse informe, qui, bouchant plus ou moins solidement le col utérin, peut devenir ainsi la cause d'une accumulation assez considérable de sang dans la matrice. Alors l'hémorrhagie interne est à peu près semblable à celle qu'on observe chez les femmes qui ne sont pas enceintes, ou bien après l'accouchement.

Traitement. L'hémorrhagie utérine de la période que j'examine se guérit de différentes manières : si elle est le simple effet d'une congestion spontanée, d'un effort général de l'organisme; si elle s'est manifestée chez une femme vigoureuse et bien constituée, elle peut s'arrêter d'elle-même, parce qu'alors l'écoulement du sang, en désemplissant le système vasculaire, fait disparaître l'irritation qui l'avait amenée. D'autres fois elle ne se suspend qu'après l'expulsion de l'œuf, et c'est là, il faut en convenir, le cas le plus ordinaire; enfin elle persiste quelquefois même après la délivrance. Quand elle se suspend spontanément, ou bien l'irritation locale qui l'avait déterminée cessant d'exister, le sang n'est plus poussé vers l'utérus que comme dans l'état naturel; ou bien une couche de ce fluide se concrète, s'arrête, et se colle à la surface du placenta; une autre couche s'ajoute bientôt à la première, et le caillot qui en résulte, fermant les porosités vasculaires de la matrice, agissant sur ces ouvertures comme un tampon, à la manière d'un bouchon ou d'un moyen compresseur quelconque, arrête mécaniquement la perte. C'est ainsi, du moins, que *Puzos* et beaucoup d'accoucheurs modernes l'ont entendu. Cependant *Pasta* combat cette manière de voir, et soutient que dans les pertes qui ne sont pas suivies de l'expulsion du produit de la conception, le sang doit venir ou du vagin ou du col de l'utérus, ou d'une déchirure de cet organe, ou par transsudation de sa surface interne, mais non par suite du décollement du placenta; parce que,

selon lui, ce dernier corps, une fois séparé de la matrice, n'est plus susceptible de contracter de nouvelles adhérences, comme le prétendait *Puzos;* et que, par conséquent, cet auteur s'est trompé en expliquant le mécanisme que suit la nature dans la guérison des hémorrhagies. Toutefois, une observation recueillie par *Noorthwyck,* sur sa propre épouse, semble prouver qu'après l'hémorrhagie le placenta peut réellement se recoller à la matrice; et je possède moi-même un fait qui vient à l'appui de cette doctrine.

Ire. OBSERVATION.

A la suite d'un coup reçu sur le ventre, une jeune femme, enceinte pour la première fois, jouissant d'ailleurs d'une très-bonne santé, fut prise d'une hémorrhagie légère par le vagin vers le sixième mois de sa grossesse. A l'aide du repos, on parvint à suspendre cette première attaque; mais le sang reparut plusieurs fois dans le courant des deux mois suivans, et, au bout de ce temps, une hémorrhagie considérable eut lieu à la suite du coït. C'est alors que je la vis; elle était assise sur le pot de nuit, qui contenait bien trois ou quatre livres de sang coagulé. D'après ces circonstances, je pensai que la perte était due à l'insertion du placenta sur le col; le toucher fut pratiqué pour s'en assurer; mais, comme il existait un caillot dans le col, on ne voulut pas le détruire. On ordonna la position horizontale et une médication appropriée. Le travail n'arriva qu'à terme; et, quoique ennuyeux et un peu long, il se termina naturellement néanmoins, et sans autre hémorrhagie. La délivrance ne se faisant point, on jugea nécessaire de porter la main dans l'utérus : le placenta occupait le fond de cet organe, et avait conservé de telles adhérences, qu'il fut assez difficile de les détruire.

Quoi qu'il en soit, si le sang s'échappait plutôt par des porosités que par de larges ouvertures, on ne voit pas pourquoi il ne sortirait pas, en effet, aussi bien du col ou des points de l'utérus qui sont en contact avec les membranes que de ceux qui touchent immédiate-

ment le placenta; ni comment il serait impossible à l'œuf de continuer de vivre, quoiqu'une de ses portions eût perdu une partie de ses adhérences naturelles avec la matrice. Il y a plus, c'est qu'un décollement partiel et circonscrit du placenta peut persister, après la guérison d'une hémorrhagie, jusqu'à l'accouchement, sans faire mourir nécessairement le fœtus et sans déterminer l'avortement. La partie fluide des caillots épanchés est résorbée, ou disparaît d'une manière quelconque; la fibrine se dessèche, se confond d'une manière plus ou moins intime avec le parenchyme placentaire, et la gestation n'en suit pas moins sa marche accoutumée.

Pour obtenir ou favoriser la guérison des pertes, il existe une infinité de moyens, mais dont l'emploi doit varier en raison des cas particuliers qu'on observe : on commence par faire coucher la femme; on lui fait garder une position horizontale et un repos absolu; on la place dans une chambre un peu sombre et calme, s'il est possible; on éloigne d'elle tout ce qui peut l'irriter, la contrarier; on la met à une diète sévère, et on ne lui permet que des boissons froides et acidulées. Si la malade est forte, s'il existe un *raptus* évident vers les organes génitaux, un mouvement fébrile incontestable, un *molimen* hémorrhagique très-prononcé, on a recours à la saignée. La saignée, dans le cas de pertes, est un moyen cependant qu'il faut mettre en usage avec prudence et une grande réserve; *Hippocrate*, dans un de ses aphorismes, l'a blâmée, en disant : *Mulier in utero gerens, sanguine ex venâ misso, abortit, et præcipuè si fœtus sit grandior.* Mais *Rivière, Hoffmann, Mauriceau, de La Motte, Smellie, Baudelocque*, et dans ces derniers temps MM. *Desormeaux* et *Dugès*, mesdames *Lachapelle* et *Boivin*, ont fait connaître de nombreux faits qui prouvent que l'assertion du père de la médecine souffre de nombreuses exceptions. Tous les jours, en effet, on pratique une, deux, même huit ou dix saignées, pour des maladies graves, chez les femmes enceintes, sans qu'il en résulte d'avortement. Mais comme les émissions sanguines n'ont pas la vertu d'empêcher toujours l'expulsion de l'œuf quand on les emploie pour modérer une perte, il en résulte que les gens du

monde sont très-disposés à leur attribuer le phénomène qu'elles n'ont pas pu prévenir. C'est au bras qu'on les pratique ; celles du pied pourraient favoriser, au contraire, l'accident contre lequel on les emploie. Il vaut mieux ne tirer d'abord qu'une petite quantité de sang, et renouveler la phlébotomie au bout de quelques heures si le pouls conserve de la dureté, et si la première saignée a semblé diminuer la perte. S'il existait des signes manifestes d'une vive irritation vers l'utérus, peut-être serait-il bien de placer quelques sangsues aux aines, comme on paraît l'avoir pratiqué plusieurs fois avec avantage à la Maternité.

Si, malgré ces moyens, l'écoulement continue, même quand on en fait usage, on a recours aux réfrigérans. *Moschion* conseille, si la température est élevée, de tenir des branches d'arbres vertes, arrosées d'eau froide, dans la chambre de la malade : il veut en outre qu'on la place sur un lit de crin, de manière que le bassin soit plus élevé que la poitrine ; qu'on lui donne des lavemens laxatifs, et qu'on favorise l'excrétion des urines. On applique sur les cuisses et l'hypogastre des compresses imbibées d'eau froide, d'eau vinaigrée, de la glace même. Quelques auteurs ont été jusqu'à conseiller les ablutions d'eau froide sur tout le corps, de placer la femme sur le carreau, de l'envelopper de draps mouillés, et de lui couvrir le corps de glace pilée. Mais cette médication paraît être extrêmement dangereuse, et M. *Lobstein* n'a peut-être pas tort de la regarder comme capable de produire la mort. La vive impression qu'elle produit sur tous les organes en fait un remède peut-être plus dangereux encore que le mal. Quelques anciens auteurs, *Galien* et *Moschion* entre autres, ont recommandé d'appliquer des ligatures fortement serrées sur les membres abdominaux ; mais il est difficile d'accorder une grande confiance à ce moyen, car il semble bien plus propre à augmenter la congestion utérine qu'à la détruire ; et d'ailleurs *Hamilton* en faisait usage dans une intention tout à fait contraire, c'est-à-dire pour rappeler les règles supprimées par le froid. Toutefois, des observations publiées dans ces derniers temps par MM. *Robouam* et

Bourgery prouvent que de pareilles ligatures ont une grande influence sur la circulation générale, et porteraient à croire que peut-être on les a rejetées du traitement des hémorrhagies utérines avant d'en avoir suffisamment examiné l'effet. De larges ventouses sèches, conseillées par *Hippocrate*, peuvent être appliquées avec avantage sur le devant de la poitrine, aux environs des seins ; des frictions sèches le long du rachis, des manuluves sinapisés, et différens autres irritans externes appliqués aux parties supérieures, ne doivent pas être négligés. M. *Récamier* dit avoir obtenu de très-bons effets de l'application de l'eau bouillante ou du moxa dans la région lombaire. M. *Velpeau* recommande particulièrement l'emploi d'un cataplasme de moutarde entre les épaules, et regarde ce moyen comme l'un des meilleurs révulsifs qu'on puisse employer en pareil cas. Si la constitution régnante avait quelque caractère spécial et bien déterminé, il faudrait y avoir égard. Quand il règne quelque épidémie bilieuse, les vomitifs, tant vantés par *Stoll*, *Finke*, et d'autres médecins du dernier siècle, pourraient être utilement essayés. C'est l'ipécacuanha que *Denman* préfère ; mais il le donne, à doses fractionnées, plutôt comme altérant que comme évacuant. L'emploi de l'opium et de ses diverses préparations, au dire de *Steward* et de *Duncan*, est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre les pertes utérines, et en Angleterre il est assez généralement employé sous ce rapport, soit qu'on l'emploie seul, soit qu'on le combine avec d'autres préparations. La teinture de cannelle, proposée par *Van-Swiéten*, est encore mise en usage de nos jours par quelques praticiens ; mais il est évident qu'elle ne peut être utile que dans quelques cas d'extrême faiblesse, lorsque la femme est d'une constitution lymphatique, et lorsque les voies digestives paraissent peu irritables, à moins encore que la femme ne soit habituée à prendre des liqueurs fortes. L'alun seul, ou combiné avec le sangdragon, comme le voulait *Helvétius*, a, selon quelques accoucheurs, fréquemment été appliqué avec avantage au traitement des hémorrhagies. *Burns* et autres ont encore assez souvent recours à la digitale pourprée, et le docteur *Dewees* se loue beau-

coup de l'acétate de plomb, déjà usité du temps d'*Ettmuller*. MM. *Wedekin* et *Sauter*, cités par M. *Desormeaux* dans le Nouveau Dictionnaire de médecine, prétendent avoir obtenu des succès de l'usage de la sabine, surtout quand il y a faiblesse et atonie générale. Ils font prendre ce médicament, à la dose de quinze à vingt grains, trois fois par jour, et cela, disent-ils, avec les avantages les plus soutenus; selon eux, ce remède empêche même l'avortement. Mais de pareilles assertions sont trop contraires à ce que l'on sait des propriétés de la sabine, pour ne pas avoir besoin d'être confirmées par de nombreuses observations avant qu'il soit permis de les prendre à la lettre. *Galien* et *Prosper Alpin* veulent qu'on fasse des injections astringentes dans le vagin, et jusque dans le col de la matrice. *Pasta* et *Kok* les ont aussi conseillées, et proposent d'en varier la nature selon le résultat qu'on obtient, et les font tantôt avec de l'eau vinaigrée, du vinaigre pur même, des acides minéraux étendus d'eau, ou de l'alcohol plus ou moins affaibli; mais ce moyen a été généralement blâmé par les accoucheurs modernes, qui le croient, peut-être à tort, plus dangereux qu'utile.

Enfin le remède qui me paraît mériter le plus de confiance quand celles des ressources générales que je viens d'indiquer qu'on a cru devoir mettre en usage sont restées sans succès, est le tampon. Le tampon, déjà mentionné par *Ambroise Paré*, *Hubert* et *Guillemeau*, est généralement attribué à *Louise Bourgeois*. *Paul Portal*, *Frédéric Hoffmann*, *Smellie*, et surtout *Leroux*, de Dijon, l'ont considérablement vanté; *Kok*, de Bruxelles, *Denman*, M. *Kluyskens*, se louent beaucoup aussi de son usage. *Baudelocque*, cependant, et un très-grand nombre d'accoucheurs de nos jours, semblent peu disposés en sa faveur, et le regardent même comme dangereux dans une foule de cas; ils ont dit qu'en bouchant le vagin ou le col de la matrice on empêchait, en effet, le sang de s'échapper à l'extérieur, mais sans agir réellement contre l'hémorrhagie, et qu'on parvenait tout au plus à transformer la perte externe en perte interne. M. *Demangeon*, dans un travail assez étendu, a surtout, au dire de M. *Gardien*, longue-

ment combattu les raisons invoquées par *Leroux* en faveur du tampon; mais cela n'a pas empêché bon nombre d'accoucheurs distingués de continuer d'en faire usage dans différens pays. Si, d'un côté, *Rigby* et *Merriman*, en Angleterre, s'en servent peu, *Burns* et *Dewees* en ont retiré de grands avantages, en même temps qu'en France M. *Chevreul*, mesdames *Lachapelle* et *Boivin*, MM. *Dugès* et *Velpeau*, semblent lui attribuer les mêmes propriétés que *Leroux*. M. *Demangeon* et presque tous les modernes soutiennent qu'on ne doit pas l'employer, au moins tant qu'il reste quelque espoir de prévenir l'avortement, attendu qu'il sollicite vivement l'expulsion de l'œuf. Cependant on trouve dans l'ouvrage de *Denman*, dans l'article *hémorrhagie* du Dictionnaire de médecine, par M. *Desormeaux*, des observations qui prouvent que le tampon est quelquefois parvenu à guérir l'hémorrhagie sans causer l'avortement. Pour le fabriquer, les uns se contentent de remplir le vagin avec de la charpie, de vieux linges, de l'étoupe, de l'éponge, etc.; d'autres veulent qu'on porte ces matières jusque dans le col sans autres précautions. Il en est qui roulent tout simplement une compresse en cylindre, et qui la portent ainsi dans le museau de tanche; mais le mieux est de se servir d'une sorte de sac ou de chemise formé de linge fin, enduit de cérat, qu'on introduit vide jusque dans le col, qu'on remplit alors de charpie ou d'étoupe, et qu'on fixe à l'aide d'un bandage en T. *Burns* veut qu'on le trempe dans de l'huile, d'autres dans du vinaigre ou de l'oxycrat; mais, comme c'est un moyen mécanique, un bouchon que l'on applique dans l'ouverture de l'utérus, il semble n'avoir besoin d'être graissé que pour favoriser son introduction. Une fois appliqué, on le laisse en place, non-seulement jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit arrêtée, mais encore jusqu'à ce qu'on n'ait plus à en craindre la réapparition, c'est-à-dire pendant douze, quinze ou vingt-quatre heures, à moins toutefois que les accidens n'en prouvent l'inutilité. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs de l'enlever; il suffit d'ôter le bandage, et dès-lors les organes s'en débarrassent d'eux-mêmes. Ce corps détermine d'abord une accumulation de caillots qui, se portant de proche en proche depuis

le col utérin jusqu'au point qui donne le sang, arrêtent ainsi l'hémorrhagie; ou bien, en irritant le col, il fait bientôt naître les contractions de l'utérus même, qui réagit, et ne tarde pas à chasser au-dehors l'œuf, les caillots et le tampon, en sorte que, de cette manière, l'hémorrhagie doit cesser, à moins cependant que la matrice ne soit assez peu irritable et assez extensible pour céder à l'accumulation du sang, au lieu de réagir pour en déterminer l'expulsion. En conséquence, l'emploi du tampon doit être d'autant moins dangereux et former une ressource d'autant plus précieuse que la grossesse est moins avancée, ou que la résistance de l'utérus est plus grande.

Si le tampon était insuffisant, ou lorsque la fausse-couche est décidée, on pourrait avoir recours aux moyens qui favorisent la sortie des caillots et de l'œuf lui-même, c'est-à-dire qu'alors le repos et les réfrigérans peuvent être négligés, qu'il est quelquefois bon de donner un bain de siége, de porter le doigt dans le col, et même le plus profondément possible dans la cavité utérine, afin de détruire les adhérences des membranes et d'extraire le corps étranger qui remplit la matrice.

On a conseillé tout nouvellement un moyen qui paraît pouvoir produire dans quelques cas des résultats assez marqués; je veux parler du seigle ergoté. Cependant cette substance, ayant pour effet spécial d'exciter les contractions utérines, ne serait probablement pas sans dangers tant qu'il reste quelque espoir d'empêcher la fausse-couche; d'un autre côté, comme il ne peut agir qu'en portant une excitation assez vive sur la matrice, il est à craindre que, dans les hémorrhagies avec excès d'irritation, il ne soit plus propre à les augmenter qu'à les suspendre : l'observation, d'ailleurs, n'a pas encore prononcé sur sa valeur sous ce point de vue. Quelques auteurs, au dire de *Boer*, madame *Lachapelle* et M. *Dugès*, ont encore imaginé qu'il serait possible de suspendre les pertes utérines en comprimant l'aorte à travers les parois abdominales; mais il n'est pas démontré que ce remède puisse être d'un grand avantage, et, par lui-même, il ne laisserait pas d'être dangereux.

Il est certaines femmes qui, pendant l'usage des révulsifs, des astringens ou des médicamens spéciaux conseillés contre les pertes, ont besoin d'être nourries, tenues chaudement, de prendre des boissons fortifiantes, au lieu de tisanes froides et d'une diète très-sévère. Lorsque l'hémorrhagie a cessé, comme il en résulte ordinairement une grande faiblesse, les plus grandes précautions sont nécessaires pour en prévenir le retour, et, pendant un certain laps de temps, on doit conseiller à la femme de se nourrir uniquement de potages légers, de fruits et de légumes, de poisson et de viandes blanches; lui défendre toutes les boissons excitantes.

Quand l'hémorrhagie dépend d'une irritation morbide de la matrice, et qu'après sa cessation il reste de la pesanteur dans le bassin, de l'engourdissement et une douleur sourde dans l'hypogastre, on traite la malade comme si elle était affectée ou menacée d'une métrite. C'est alors que les sangsues placées près de la vulve, aux aines ou sur l'hypogastre, peuvent être d'un grand secours; que les bains de siége ou généraux, les injections émollientes, les cataplasmes, les lavemens mucilagineux, doivent être aussi conseillés, et qu'il faut s'en tenir pendant long-temps à un régime très-sévère.

De l'hémorrhagie utérine dans les trois ou quatre derniers mois de la grossesse, et lors de l'accouchement.

Les dimensions considérables de l'utérus et de ses vaisseaux, lorsque la gestation en est au dernier tiers de sa durée, la mollesse ou la souplesse des divers élémens qui entrent dans la composition de la matrice, la quantité considérable de sang qui gorge et traverse cet organe à chaque instant, rendent l'hémorrhagie très-facile et en expliquent la fréquence après le sixième mois de la grossesse. Cette hémorrhagie peut être divisée, comme la précédente, en *interne* et en *externe;* elle reconnaît les mêmes causes et détermine les mêmes symptômes; mais elle est généralement plus grave pour la femme, et peut

dépendre de dispositions particulières, qu'il me semble utile d'examiner à part.

D'abord il faut remarquer qu'elle est souvent produite par l'insertion du placenta dans les environs du col. *Rigby*, madame *Lachapelle*, madame *Boivin*, M. *Dugès*, etc., sont même disposés à croire que presque toutes les hémorrhagies qui se manifestent après le sixième mois tiennent à cette disposition. Quoi qu'il en soit, la perte alors se distingue de celle qui dépend d'une autre cause, en ce qu'elle ne se manifeste presque jamais avant le sixième ou le septième mois, en ce qu'elle paraît le plus souvent sans cause appréciable, est peu abondante la première fois, se suspend spontanément, revient au bout de quelque temps et en plus grande quantité que lors de sa première apparition; enfin, en ce que la femme semble d'abord en être moins affaiblie. Son mécanisme a paru être des plus simples aux accoucheurs modernes, et est effectivement très-facile à comprendre; on a dit : Jusqu'à cinq ou six mois, le col de la matrice ne contribue qu'en très-petite proportion à la dilatation de l'utérus, et bien que le placenta soit appliqué sur son orifice, il n'en résulte cependant ni déchirure, ni perte, parce qu'aucun tiraillement n'est encore exercé sur l'œuf; plus tard, au contraire, le col s'effaçant par degrés de haut en bas avec plus de rapidité que le placenta ne s'agrandit, il arrive que les adhérences de celui-ci se détruisent, que quelques-uns de ces vaisseaux qui correspondent à l'orifice se déchirent, et dès-lors une hémorrhagie a nécessairement lieu.

Dans cette perte, la congestion utérine peut préexister comme dans celle que j'ai décrite plus haut; mais il semble bien aussi quelle peut être l'effet des tiraillemens du placenta sur la matrice. On reconnaît l'hémorrhagie qui dépend de l'insertion du placenta sur le col, à sa marche et au caractère mentionné tout à l'heure, à ce que le sang s'écoule pendant les douleurs, disent les auteurs, tandis qu'il s'échappe, au contraire, dans leurs intervalles quand la perte reconnaît une autre cause, mais surtout au moyen du toucher : si l'on porte le doigt dans l'orifice, on sent un corps mollasse, rugueux, semblable

à un morceau d'éponge, qui descend plus ou moins bas vers le museau de tanche ; seulement il ne faudrait pas confondre ce prolongement lobulaire du placenta avec un caillot sanguin, et ne pas non plus s'arrêter trop longuement à en déterminer les caractères avec le doigt, parce que l'excitation déterminée par le toucher n'est guère propre alors qu'à augmenter la quantité de l'écoulement sanguin.

Cette hémorrhagie est généralement grave, et d'autant plus qu'elle se manifeste plus tôt ; elle amène presque toujours un accouchement prématuré, et fait par conséquent courir les plus grands risques au fœtus; cependant *Baudelocque* l'a vue ne pas empêcher l'accouchement de se faire à terme et naturellement, et l'observation suivante en est une nouvelle preuve.

II^e^. OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, enceinte de son troisième enfant, fut prise d'une perte abondante dès le commencement du travail. Le toucher fit reconnaître qu'une petite portion du placenta était attachée sur le col. Les douleurs se succédèrent avec force et assez rapidement pour faire croire que le travail serait bientôt terminé ; d'autant mieux que l'orifice, quoique peu dilaté encore, était très-souple. La tête descendit promptement dans l'excavation, l'hémorrhagie cessa, et l'accouchement eut lieu spontanément sans aucune suite fâcheuse.

Ses dangers varient d'ailleurs suivant la force et l'état général des femmes, suivant aussi et surtout que le placenta est inséré sur l'orifice par un point plus ou moins rapproché de son centre. Quand elle se manifeste de très-bonne heure, il est à craindre qu'elle ne revienne fréquemment avant le terme de la grossesse, qu'elle n'épuise la femme et le fœtus, enfin qu'elle ne force à hâter la délivrance ; alors l'enfant peut naître trop faible pour continuer de vivre. Si elle ne se montre qu'à l'époque du travail, ses dangers sont moindres pour le fœtus, dont la viabilité n'est plus douteuse; mais elle peut être plus abondante et faire courir plus de risques à la femme que quelques mois auparavant.

Son traitement est d'abord semblable à celui des pertes en général, et que j'ai passé en revue quelques pages plus haut ; mais elle peut-être soumise en outre à une médication un peu différente. Le tampon, par exemple, en est le remède principal, et sur ce point tous les auteurs sont à peu près d'accord : là, ont-ils dit, la substance astringente ou le corps qu'on porte dans le museau de tanche se trouve immédiatement porté sur le lieu d'où le sang s'écoule, en sorte qu'on n'a point à redouter de transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne; c'est alors encore qu'on peut mettre en usage les injections de toute espèce, en ayant soin de ne pas détruire les caillots qui pourraient s'être formés aux environs des bouches vasculaires ; mais si c'est pendant le travail que l'hémorrhagie a lieu, ou si les autres moyens n'ont pas pu la suspendre, l'accouchement forcé seul est capable d'y remédier.

Comme les contractions utérines doivent nécessairement séparer complètement le placenta en opérant la dilatation du col, il en résulte qu'on doit chercher à extraire le fœtus aussitôt que les parties sont assez molles et dilatables pour permettre l'introduction des doigts ou de la main dans l'utérus. L'accouchement artificiel, dans ce cas, exige des précautions particulières : le col est ordinairement mou, mais quelquefois très-relevé en arrière, de sorte même que la paroi antérieure de la matrice forme quelquefois une excavation au-dessous, excavation dans laquelle une quantité plus ou moins considérable de sang peut s'être accumulée, comme pour constituer une hémorrhagie interne. Quoi qu'il en soit, quand on veut aller chercher l'enfant, les doigts sont d'abord introduits l'un après l'autre dans l'orifice qu'ils dilatent et traversent peu à peu. Dans ce moment, quelques auteurs veulent qu'on cherche le point de la circonférence placentaire qui est le plus rapproché du centre du col, afin de produire un décollement moins considérable. Mais, en se comportant de cette manière, on est exposé à des tâtonnemens sans nombre, et il me paraît mieux de suivre le conseil de M. *Dubois*, c'est-à-dire de décoller l'œuf en avant et à droite, si c'est la main gauche qui agit ; en avant et à

gauche si c'est la main droite, sans égard pour la proximité ou l'éloignement des bords du placenta ; alors on parvient très-rapidement aux membranes, que l'on déchire, et bientôt on arrive aux pieds, qu'il est facile de saisir et d'entraîner. Quelques personnes ont pensé qu'au lieu de s'amuser à chercher le pourtour du gâteau placentaire, il est plus sûr et plus expéditif de le perforer immédiatement dans le point qui correspond à l'orifice ; mais en déchirant les nombreux vaisseaux de ce corps, on augmente nécessairement l'hémorrhagie, qu'on peut rendre ainsi foudroyante en quelque sorte pour le fœtus, qui ne manquera pas d'y succomber si son extraction ne peut être terminée à l'instant. En outre, comme il faudrait l'entraîner à travers l'ouverture du délivre, le passage de la tête et des épaules, qui poussent devant elles le placenta, en serait évidemment rendu plus difficile : il faut donc rejeter cette pratique.

L'hémorrhagie qui ne dépend pas de l'insertion du placenta sur le col, et qui arrive dans les trois derniers mois de la grossesse ou au moment du travail, exige aussi, quand la saignée, les réfrigérans, les révulsifs ou le tampon ont été vainement tentés, qu'on en vienne à l'accouchement forcé. Les dangers qu'elle fait naître varient selon son abondance et qu'elle se manifeste plus ou moins long-temps avant ou pendant le travail. Dans ce dernier cas, comme elle ne peut guère cesser que par la déplétion de l'utérus, il est clair qu'elle sera d'autant plus redoutable que la parturition sera moins avancée au moment de sa naissance. Cependant il faut convenir que si la mère court alors quelques dangers, le fœtus étant à terme et bien développé, est, en général, exposé à moins de risques, tandis que c'est lui qui a le plus à craindre si la perte arrive dans les mois antérieurs. Quoi qu'il en soit, lorqu'on est appelé près d'une femme affectée de cette espèce d'hémorrhagie, si on juge que l'accouchement prématuré soit inévitable, on peut avoir recours immédiatement à l'emploi du tampon ; ou bien ce moyen arrêtera le flux sanguin et fera cesser les accidens, ou bien il mettra en jeu les contractions de la matrice, et de cette manière déterminera l'accouchement ou l'expulsion de l'œuf.

Dans le moment du travail, on peut encore se conduire de la même manière, car le tampon favorise puissamment la dilatation du col; cependant si les contractions de la matrice sont énergiques, et que les phénomènes se succèdent avec célérité, le tampon est ordinairement inutile, et il suffit d'engager la femme à faire valoir convenablement ses douleurs. Toutefois, si la perte et l'affaiblissement qu'elle entraîne étaient considérables, on ne devrait pas tarder à porter la main dans l'utérus aussitôt que le col serait suffisamment dilaté. Dans ce cas, comme toutes les fois qu'on pratique l'accouchement artificiel, il importe, dit madame *Lachapelle*, de décoller les membranes dans une certaine étendue, depuis le sommet de l'œuf jusqu'auprès de sa base, et de ne les déchirer que dans ce dernier point. Cette auteur prétend qu'en agissant ainsi il ne s'opère aucun vide dans la cavité utérine, et qu'à l'instant où on déchire les enveloppes fœtales, il est extrêmement facile de saisir les pieds de l'enfant et de l'entraîner au dehors; tandis que si la perforation avait été faite aux environs du col, la matrice aurait pu se rétracter, s'appliquer sur le fœtus et en gêner la version; mais il semble bien que l'accoucheur peut toujours, quand il opère avant la rupture des membranes, saisir et retourner l'enfant sans beaucoup de difficultés, soit qu'il ait rompu les annexes en traversant l'orifice, ou seulement vers leur union avec le placenta.

Avant d'en venir à cet extrême, *Louise Bourgeois* conseille de déchirer simplement les membranes. *Puzos*, qui a reproduit ce précepte, semble lui accorder une grande confiance. Quand l'hémorrhagie résiste aux moyens ordinaires, dit-il, il faut agacer l'orifice en le titillant avec le doigt, parce que, de cette manière, on parvient quelquefois à mettre en jeu les contractions de la matrice, et dès-lors la perte ne tarde pas à se suspendre. Si on ne réussit pas, il faut percer les membranes; l'eau de l'amnios s'écoule, et l'utérus, qui n'est plus soutenu, est obligé de revenir sur lui-même, de se rétracter, et ses vaisseaux se trouvent ainsi fermés. Enfin ce n'est qu'après ces diverses tentatives qu'il est permis de pénétrer avec la main jus-

qu'au fœtus, dans la matrice, pour l'amener par les pieds. En agissant ainsi, on imite les procédés de la nature, on ne brusque rien, et l'ordre se rétablit bientôt dans les fonctions.

Cette méthode de *Puzos*, adoptée par presque tous les praticiens d'aujourd'hui, paraît fort sage au premier coup-d'œil. Je n'ai point l'intention de la blâmer; mais je ferai remarquer cependant que le tampon produirait les mêmes avantages, sans entraîner les mêmes inconvéniens. L'irritation du col, produite par les doigts, qui cherchent à l'agacer, est peu dangereuse, sans doute; mais si, après avoir donné issue au liquide amniotique, la perte continue, malgré la rétraction de la matrice, il peut se faire que la version devienne extrêmement difficile, et soit par cela même très-dangereuse pour le fœtus.

De La Motte, Levret et *Baudelocque* ont rapporté chacun une observation d'hémorrhagie produite par la rupture des vaisseaux ombilicaux, et depuis lors les auteurs ont généralement admis cette déchirure au nombre des causes de pertes dans les derniers temps de la grossesse. Cependant, en examinant avec soin ce point de doctrine, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est loin encore d'être complètement éclairci. Si l'hémorrhagie était produite par cette cause, le sang, venant nécessairement du fœtus, en déterminerait d'abord la mort, et la mère devrait s'en apercevoir à peine, à moins toutefois qu'on admette une circulation directe entre l'œuf et la matrice. Or, dans l'observation citée par *de La Motte*, le fœtus est venu vivant; dans le fait mentionné par *Levret*, on peut attribuer sa mort à une toute autre cause qu'à l'hémorrhagie; et ce que dit *Baudelocque* ne prouve point, il me semble, que la rupture dont il parle n'ait pas été produite par les manœuvres employées pour terminer l'accouchement. Je suis donc disposé à croire, avec mesdames *Boivin* et *Lachapelle*, que l'hémorrhagie des vaisseaux du cordon est un fait dont l'existence n'est pas encore parfaitement démontrée. Quant à sa possibilité, personne ne peut la nier; seulement alors elle devra produire la mort du fœtus avant de se manifester par aucun symptôme bien évident, car on conçoit que tout le sang de l'enfant s'épancherait aisément dans

l'amnios avant que la matrice en fût vivement distendue. Il est évident aussi que cette hémorrhagie doit toujours être interne, c'est-à-dire avoir son siége dans le centre même de l'œuf. Ses signes ne peuvent guère être que supposés, et le raisonnement indique qu'elle ne doit pas produire l'affaiblissement, les syncopes, ni cette réunion d'accidens graves qu'éprouvent les femmes affectées d'hémorrhagies ordinaires. Les auteurs ont dit qu'il n'y avait point alors de pesanteur, d'embarras dans le bassin, mais que la personne éprouvait un sentiment de distension, et qu'il se manifestait un développement du ventre qui, joint aux autres symptômes de pertes, pouvait la caractériser; mais comme leurs remarques ne portent que sur des faits qui pouvaient bien être étrangers à cette espèce d'hémorrhagie, chacun sent que la science réclame de nouvelles recherches à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, si le cordon lui-même se rompt très-rarement vers la fin de la grossesse, il arrive du moins quelquefois qu'une des branches vasculaires qu'il envoie dans le placenta se dilate et se déchire de manière à faire naître un épanchement sanguin plus ou moins considérable, soit dans l'intérieur de l'amnios, soit entre cette membrane et le chorion, soit dans l'épaisseur même du placenta, ainsi qu'on en trouve quelques exemples dans les auteurs. Il semblera, du reste, que ces ruptures sont beaucoup plus fréquentes dans le commencement qu'à la fin de la grossesse, du moins si on en croit MM. *Olivier* et *Velpeau*. Après tout, ce sont là des maladies de l'œuf, du fœtus, et qui n'ont qu'un rapport assez éloigné avec les hémorrhagies utérines proprement dites.

Il est clair, d'ailleurs, que si l'hémorrhagie par déchirure du cordon, comme l'ont entendu *de La Motte*, *Levret* et *Baudelocque*, avait lieu, il n'y aurait d'autre moyen à mettre en usage pour sauver le fœtus, si on la reconnaissait à temps, que de terminer l'accouchement avec toute la célérité possible, et que cette ressource serait également la seule qu'on pourrait tenter pour ménager la femme si elle courait réellement quelque danger.

Les réfrigérans, les révulsifs, le tampon, etc., ne pourraient être

ici d'aucune utilité ; mais si le travail n'était pas commencé, si le col n'avait encore rien perdu de sa densité, il serait peut-être permis de perforer d'abord les membranes, dans l'espoir de mettre en jeu les contractions utérines et de favoriser ainsi la suspension de l'hémorrhagie.

Les *déchirures des organes génitaux* amènent aussi quelquefois une perte plus ou moins dangereuse dans le dernier temps de la gestation, particulièrement au moment du travail, soit naturel, soit artificiel, et ces déchirures ont lieu, tantôt dans la matrice, tantôt dans le col, dans le vagin, et tantôt au périnée.

L'hémorrhagie qui dépend des déchirures du périnée est rarement abondante, et ne se manifeste qu'au moment où le fœtus franchit la vulve. Celles qui tiennent à la rupture du vagin sont un peu moins rares : on les a vues arriver à la suite de l'emploi du forceps, des crochets, de la céphalotomie et de l'embryotomie. On cite aussi des cas dans lesquels un accoucheur maladroit et ignorant a fait naître une hémorrhagie abondante en écorchant avec l'ongle la paroi antérieure du vagin, gonflée et saillante, qu'il prenait pour la poche des eaux.

Le col se déchire presque toujours plus ou moins profondément au moment du travail, mais en général la déchirure est assez superficielle pour qu'il n'en résulte pas d'hémorrhagie, à moins qu'il ne soit depuis long-temps ulcéré ou malade d'une autre manière. Il n'en est pas de même lorsque, forcé d'aller chercher le fœtus, soit avec la main, soit avec les instrumens, il devient indispensable de dilater artificiellement cet orifice. M. *Lobstein* a fait voir qu'alors la déchirure peut être portée assez loin pour déterminer une hémorrhagie mortelle ; le même accident peut encore être produit par le forceps, quand on a le malheur de pincer le col de la matrice en même temps que la tête du fœtus, ainsi qu'il est arrivé plusieurs fois. Il arriverait bien plus sûrement encore si, par des manœuvres téméraires, on avait séparé la matrice du vagin en voulant terminer de force un accouchement. L'hémorrhagie produite par cette cause est

d'autant plus à craindre, comme on le pense bien, que le fœtus est plus volumineux ou que l'accouchement forcé est exécuté à une période moins avancée de la dilatation du col.

Les déchirures de la matrice elle-même peuvent être causées de la même manière, mais surtout lorsqu'on pratique la version. Pendant cette opération, en effet, si l'utérus est vivement appliqué sur l'enfant, si les mouvemens que la main de l'accoucheur cherche à faire exécuter au fœtus ne sont pas habillement conduits, il n'est pas rare de voir survenir une rupture complète ou incomplète et plus ou moins étendue de l'organe dans lequel on manœuvre. Cette rupture arrive aussi quelquefois spontanément, et même dans deux cas différens : 1°. Lorsque la matrice est depuis long-temps le siége d'une maladie, d'une ulcération, par exemple, dans quelques points de sa surface interne ; 2°. lorsque, sans cette cause prédisposante, l'utérus se contracte avec violence sur les saillies d'un fœtus mal placé dans son intérieur, ou bien lorsque le bassin est trop étroit pour permettre aux efforts de la femme de produire le résultat qu'on est en droit d'en attendre. Madame *Lachapelle* rapporte dans ses excellens Mémoires des faits fort intéressans, et qui viennent à l'appui de ces assertions ; elle cite aussi des cas de déchirure des trompes ou des ovaires, des vaisseaux ovariques surtout qui ont produit une hémorrhagie qui est promptement devenue fatale. Une observation de ce dernier genre a été publiée tout récemment dans les archives générales de médecine.

Des tumeurs fibreuses ou des polypes, des masses spongieuses développées dans quelque point que ce soit de l'utérus, doivent encore être considérées comme causes d'hémorrhagie pendant la grossesse, et surtout au moment du travail. *Denman* mentionne l'observation d'une femme qui fut prise de perte abondante dans les derniers temps de sa gestation, et chez laquelle il existait dans le col utérin une tumeur qui aurait d'abord pu faire croire à l'implantation du placenta sur le col. La présence de ce polype dont parle M. *Desormeaux*, et qui fut observé par M. *Évrat*, aurait pu faire naître le même acci-

dent; et l'on conçoit qu'en pareil cas il puisse être quelquefois fort difficile d'établir un diagnostic certain. Cependant l'hémorrhagie déterminée par cette cause ne doit pas être aussi abondante que celle qui tient à l'implantation du placenta sur l'orifice, et le temps de son apparition et sa marche ne doivent pas être non plus en tout semblables.

Les signes de l'hémorrhagie traumatique sont en général faciles à saisir : ou bien on a reconnu la déchirure à l'instant même où elle s'est opérée, soit à la douleur violente et subite éprouvée par la femme, soit au bruit, à l'espèce de craquement entendu par les assistans, soit par les lambeaux qui se montrent à l'œil, soit à l'aide du doigt ou de la main portée dans les organes de la femme; ou bien, en même temps que la matrice se durcit et se contracte, sans augmenter de volume, on voit se manifester la plupart des symptômes qui caractérisent une hémorrhagie grave; en outre, si le sang s'épanche dans le péritoine, la malade éprouve presqu'à l'instant un sentiment de douce chaleur qui se répand dans tout l'abdomen, de sorte même qu'elle semble se trouver mieux; mais bientôt son pouls s'affaiblit, devient irrégulier, tremblottant; la face pâlit, les traits se décomposent, le ventre se gonfle; une portion ou la totalité de l'enfant, passée dans le ventre, peut être sentie à travers les parois de cette cavité; il survient des hoquets, des syncopes, des mouvemens convulsifs, et la mort ne tarde pas à terminer cette scène de douleur.

Il résulte de ces détails, que l'hémorrhagie en question peut être de trois espèces : c'est-à-dire que quelquefois le sang s'échappe directement à l'extérieur; que, dans d'autres circonstances, il s'épanche dans quelques cavités naturelles de l'organisme, et que d'autres fois il peut s'accumuler entre un point quelconque de la membrane séreuse abdominale et la partie déchirée de l'organe qui lui a livré passage : dans ce dernier cas, si l'hémorragie n'est pas assez abondante pour produire immédiatement la mort, elle peut donner naissance, par la suite, à un abcès, se transformer en foyer purulent, et amener plus tard des accidens consécutifs fort graves; de même que, d'un autre

côté, elle peut permettre le rétablissement complet de la santé, si les matières épanchées trouvent une issue pour se porter à l'extérieur.

Le traitement d'une pareille affection se réduit malheureusement à peu de chose dans les cas les plus dangereux : si la déchirure a lieu dans le col de la matrice, dans le vagin ou au périnée, le tamponnement bien appliqué parvient en général assez facilement à réprimer, à suspendre même tout à fait l'hémorrhagie ; en sorte que la cautérisation, qu'il serait permis de tenter dans quelques cas, est évidemment inutile ; quant à la suture, il n'est venu à l'idée de personne de l'essayer ; mais les styptiques et les astringens pourront quelquefois être usités avec fruit, soit seuls, soit concurremment avec le tampon. Toutefois il faut prendre garde, lorsqu'on se contente de cette médication, de forcer le sang à s'accumuler dans le tissu cellulaire qui environne les organes sexuels, et de croire que la perte est arrêtée, par cela seul que le fluide sanguin ne paraît plus au-dehors.

Lorsque la déchirure comprend toute l'épaisseur du col et le péritoine correspondant ; lorsque le vagin est entièrement ou presque entièrement séparé de l'utérus ; lorsque c'est ce dernier organe lui-même qui est lésé, ou que, d'une manière quelconque, l'hémorrhagie se fait à l'intérieur du ventre, il n'est guère possible de compter sur l'action bienfaisante des remèdes; seulement on pourrait, dans un petit nombre de cas, tamponner encore la plaie, permettre aux vaisseaux ouverts de s'oblitérer, et combattre ou prévenir ensuite les symptômes inflammatoires qui pourraient se manifester. Si l'enfant était passé en partie dans l'abdomen par la déchirure utérine, il faudrait tâcher de l'atteindre par les voies naturelles, et l'entraîner le plus promptement possible : alors la matrice, en revenant sur elle-même, aurait bientôt suspendu l'écoulement du sang, et ensuite l'accoucheur n'aurait plus à s'occuper que de l'épanchement opéré dans le péritoine. Lorsque le fœtus est en entier dans la cavité abdominale, et qu'il n'est plus possible de le ramener par le vagin, une seule ressource reste encore à la disposition du praticien, c'est la gastrotomie : alors cette opération ne peut être pratiquée trop promp-

tement, et même pour qu'on puisse se permettre de la faire, il faut que la mort ne soit pas imminente.

Quand l'hémorrhagie est due à la présence de tumeurs fongueuses ou de polypes dans l'orifice, il convient d'avoir recours au tampon, tant qu'il n'est pas possible de saisir ces tumeurs ; mais si elles font saillie dans le vagin, il me semble qu'il serait bien plus sûr de tâcher de les atteindre, de couper leur pédicule et de les entraîner, ou bien de les lier, pour en faire ensuite la section avec plus de sécurité, que d'avoir recours à tout autre moyen. On pourrait d'ailleurs, après leur contraction, porter sur la plaie qui en résulterait, soit des styptiques simples, soit le tampon ordinaire, ou bien enfin avoir recours à la cautérisation.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

III.

A longo tempore consueta, etiamsi fuerint deteriora, insuetis minùs turbare solent; oportet igitur etiam ad insolita se vertere.

IV.

Omnia secundùm rationem facienti, et non secundùm rationem evenientibus, non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est.

V.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit.